

Quality of Life Questionnaire

Qualeffo-41

Users of this questionnaire (and all authorized translations) must adhere to the user agreement. Please use the related Scoring Algorithm.

А Болка <i>Петте въпроса в този раздел се отнасят за последната седмица.</i>	
1 Колко често сте имала болка в гърба през последната седмица?	<input type="checkbox"/> не съм имала болка в гърба <input type="checkbox"/> 1 ден седмично или по-малко <input type="checkbox"/> 2-3 дни седмично <input type="checkbox"/> 4-6 дни седмично <input type="checkbox"/> всеки ден
2 Ако сте имала болка в гърба, колко време продължи болката през деня?	<input type="checkbox"/> не съм имала болка в гърба <input type="checkbox"/> 1-2 часа <input type="checkbox"/> 3-5 часа <input type="checkbox"/> 6-10 часа <input type="checkbox"/> целия ден
3 Колко силна беше болката Ви в най-лошия случай?	<input type="checkbox"/> не съм имала болка в гърба <input type="checkbox"/> лека <input type="checkbox"/> умерена <input type="checkbox"/> силна <input type="checkbox"/> непоносима
4 Каква беше болката Ви в гърба през останалото време?	<input type="checkbox"/> не съм имала болка в гърба <input type="checkbox"/> лека <input type="checkbox"/> умерена <input type="checkbox"/> силна <input type="checkbox"/> непоносима
5 Болката в гърба смущаваше ли съня Ви през последната седмица?	<input type="checkbox"/> по-малко от веднъжседмично <input type="checkbox"/> веднъжседмично <input type="checkbox"/> два пъти седмично <input type="checkbox"/> рез нощ <input type="checkbox"/> всяка нощ

В Ежедневни дейности

Следващите 4 въпроса се отнасят за момента.

6 Изпитвате ли трудности при обличане?	<input type="checkbox"/> не се затруднявам <input type="checkbox"/> малко се затруднявам <input type="checkbox"/> умерено се затруднявам <input type="checkbox"/> може да се нуждая от малко помощ <input type="checkbox"/> невъзможно без помощ
7 Изпитвате ли трудности при къпане във вана или под душа?	<input type="checkbox"/> не се затруднявам <input type="checkbox"/> малко се затруднявам <input type="checkbox"/> умерено се затруднявам <input type="checkbox"/> може да се нуждая от малко помощ <input type="checkbox"/> невъзможно без помощ
8 Изпитвате ли трудности да стигнете до тоалетната или да пуснете водата?	<input type="checkbox"/> не се затруднявам <input type="checkbox"/> малко се затруднявам <input type="checkbox"/> умерено се затруднявам <input type="checkbox"/> може да се нуждая от малко помощ <input type="checkbox"/> невъзможно без помощ
9 Добре ли спите?	<input type="checkbox"/> спя спокойно <input type="checkbox"/> понякога се будя <input type="checkbox"/> често се будя <input type="checkbox"/> понякога лежа будна с часове <input type="checkbox"/> понякога не спя цяла нощ

С Домакинска работа

Следващите 5 въпроса се отнасят за момента. Ако някой друг върши тези работи в дома Ви, моля отговорете така, все едно че Виe трябва ѓ ги вършите.

10 Можете ли да чистите?	<input type="checkbox"/> без затруднение <input type="checkbox"/> с леко затруднение <input type="checkbox"/> с умерено затруднение <input type="checkbox"/> с голямо затруднение <input type="checkbox"/> невъзможно
11 Можете ли да пригответе ядене?	<input type="checkbox"/> без затруднение <input type="checkbox"/> с леко затруднение <input type="checkbox"/> с умерено затруднение <input type="checkbox"/> с голямо затруднение <input type="checkbox"/> невъзможно

<p>12 Можете ли да миете съдовете?</p>	<p><input type="checkbox"/> без затруднение <input type="checkbox"/> с леко затруднение <input type="checkbox"/> с умерено затруднение <input type="checkbox"/> с голямо затруднение <input type="checkbox"/> невъзможно</p>
<p>13 Можете ли да правите ежедневните си покупки?</p>	<p><input type="checkbox"/> без затруднение <input type="checkbox"/> с леко затруднение <input type="checkbox"/> с умерено затруднение <input type="checkbox"/> с голямо затруднение <input type="checkbox"/> невъзможно</p>
<p>14 Можете ли да вдигнете тежък предмет от около 10 кг (например: един кашон с 10 пакета мляко или едногодишно дете) и да го носите поне 10 м?</p>	<p><input type="checkbox"/> без затруднение <input type="checkbox"/> с леко затруднение <input type="checkbox"/> с умерено затруднение <input type="checkbox"/> с голямо затруднение <input type="checkbox"/> невъзможно</p>

D Подвижност

Следващите 8 въпроса също се отнасят за момента.

<p>15 Можете ли да ставате от стола?</p>	<p><input type="checkbox"/> без затруднение <input type="checkbox"/> с малко затруднение <input type="checkbox"/> с умерено затруднение <input type="checkbox"/> с голямо затруднение <input type="checkbox"/> само с помощ</p>
<p>16 Можете ли да се навеждате да вземете нещо?</p>	<p><input type="checkbox"/> лесно <input type="checkbox"/> сравнително лесно <input type="checkbox"/> с известно затруднение <input type="checkbox"/> с голямо затруднение <input type="checkbox"/> невъзможно</p>
<p>17 Можете ли да коленичите?</p>	<p><input type="checkbox"/> лесно <input type="checkbox"/> сравнително лесно <input type="checkbox"/> с известно затруднение <input type="checkbox"/> с голямо затруднение <input type="checkbox"/> невъзможно</p>
<p>18 Можете ли да се изкачвате по стълбите до по-горния етаж на къщата?</p>	<p><input type="checkbox"/> без затруднение <input type="checkbox"/> с малко затруднение <input type="checkbox"/> поне с една почивка</p>

	<input type="checkbox"/> само с помощ <input type="checkbox"/> невъзможно
19 Можете ли да извървите 100 метра?	<input type="checkbox"/> бързо, без да спирам <input type="checkbox"/> бавно, без да спирам <input type="checkbox"/> бавно, поне с едно спиране <input type="checkbox"/> само с помощ <input type="checkbox"/> невъзможно
20 Колко пъти сте излизала навън през последната седмица?	<input type="checkbox"/> всеки ден <input type="checkbox"/> 5-6 дни седмично <input type="checkbox"/> 3-4 дни седмично <input type="checkbox"/> 1-2 дни седмично <input type="checkbox"/> по-малко от един път седмично
21 Можете ли да ползвате общественя транспорт?	<input type="checkbox"/> без затруднение <input type="checkbox"/> с малко затруднение <input type="checkbox"/> с умерено затруднение <input type="checkbox"/> с голямо затруднение <input type="checkbox"/> само с помощ
22 Безпокоят ли Ви промените във Вашата фигура, дължащи се на остеопорозата (например: намаляване на ръста, увеличаване на талията, обезформяне на гърба)?	<input type="checkbox"/> въобще не <input type="checkbox"/> малко <input type="checkbox"/> средно <input type="checkbox"/> доста <input type="checkbox"/> много

Е Свободно време, обществени дейности

23 Занимавате ли се в момента с някакъв спорт?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> да, с ограничения <input type="checkbox"/> въобще не
24 Можете ли да поддържате градината си?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> да, с ограничения <input type="checkbox"/> въобще не <input type="checkbox"/> неприложимо
25 Занимавате ли се в момента с някакво хоби?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> да, с ограничения <input type="checkbox"/> въобще не

<p>26 Можете ли да ходите на кино, на театър и др.?</p>	<p><input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> да, с ограничения <input type="checkbox"/> въобще не <input type="checkbox"/> няма кино или театър в подходяща близост</p>
<p>27 Колко пъти ходихте на гости у приятели или роднини през последните 3 месеца?</p>	<p><input type="checkbox"/> един път седмично или повече <input type="checkbox"/> един - два пъти месечно <input type="checkbox"/> по-малко от един път месечно <input type="checkbox"/> нито един път</p>
<p>28 Колко пъти участвахте в обществени дейности (клубове, обществени сбирки, църковни дейности, благотворителни дейности и др.) през последните 3 месеца?</p>	<p><input type="checkbox"/> един път седмично или повече <input type="checkbox"/> един - два пъти месечно <input type="checkbox"/> по-малко от един път месечно <input type="checkbox"/> нито един път</p>
<p>29 Пречат ли Ви болките в гърба или други физически проблеми на интимния живот (включително сексуална активност)?</p>	<p><input type="checkbox"/> въобще не <input type="checkbox"/> малко <input type="checkbox"/> средно <input type="checkbox"/> изключително много <input type="checkbox"/> неприложимо</p>

F Възприятие за здравето Ви като цяло

<p>30 Като цяло, бихте ли казала, че за Вашата възраст здравето Ви е:</p>	<p><input type="checkbox"/> отлично <input type="checkbox"/> добро <input type="checkbox"/> задоволително <input type="checkbox"/> приемливо <input type="checkbox"/> лошо</p>
<p>31 Как бихте оценила качеството на живота си като цяло през последната седмица?</p>	<p><input type="checkbox"/> отлично <input type="checkbox"/> добро <input type="checkbox"/> задоволително <input type="checkbox"/> приемливо <input type="checkbox"/> лошо</p>
<p>32 Как бихте преценила качеството на живота си като цяло в сравнение с това преди 10 години?</p>	<p><input type="checkbox"/> много по-добро сега <input type="checkbox"/> малко по-добро сега <input type="checkbox"/> непроменено <input type="checkbox"/> малко по-лошо сега <input type="checkbox"/> много по-лошо сега</p>

G Умствени функции

Следващите 9 въпроса се отнасят за последната седмица.

33 Има ли при Вас тенденция да чувствате умора?	<input type="checkbox"/> да, сутрин <input type="checkbox"/> да, след обед <input type="checkbox"/> да, само вечер <input type="checkbox"/> да, след напрегната дейност <input type="checkbox"/> не, почти никога
34 Чувствате ли се потисната?	<input type="checkbox"/> почти всеки ден <input type="checkbox"/> 3 до 5 дни седмично <input type="checkbox"/> 1-2 дни седмично <input type="checkbox"/> от време на време <input type="checkbox"/> почти никога
35 Чувствате ли се самотна?	<input type="checkbox"/> почти всеки ден <input type="checkbox"/> 3 до 5 дни седмично <input type="checkbox"/> 1-2 дни седмично <input type="checkbox"/> от време на време <input type="checkbox"/> почти никога
36 Чувствате ли се изпълнена с енергия?	<input type="checkbox"/> почти всеки ден <input type="checkbox"/> 3 до 5 дни седмично <input type="checkbox"/> 1-2 дни седмично <input type="checkbox"/> от време на време <input type="checkbox"/> почти никога
37 Оптимистка ли сте за Вашето бъдеще?	<input type="checkbox"/> не, никога <input type="checkbox"/> рядко <input type="checkbox"/> понякога <input type="checkbox"/> доста често <input type="checkbox"/> винаги
38 Дразните ли се от дребни неща?	<input type="checkbox"/> не, никога <input type="checkbox"/> рядко <input type="checkbox"/> понякога <input type="checkbox"/> доста често <input type="checkbox"/> винаги
39 Лесно ли Ви е да общувате с хората?	<input type="checkbox"/> не, никога <input type="checkbox"/> рядко <input type="checkbox"/> понякога <input type="checkbox"/> доста често <input type="checkbox"/> винаги
40 В добро настроение ли сте през по-	<input type="checkbox"/> не, никога

голямата част от деня?	<input type="checkbox"/> рядко <input type="checkbox"/> понякога <input type="checkbox"/> доста често <input type="checkbox"/> винаги
41 Страхувате ли се да не станете изцяло зависима от другите?	<input type="checkbox"/> не, никога <input type="checkbox"/> рядко <input type="checkbox"/> понякога <input type="checkbox"/> доста често <input type="checkbox"/> винаги